



SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN PARA DESPACHOS DE MEDICAMENTOS

ADAP HIAP

Apellidos	Nombre	Inicial
# ADAP: _____		# HIAP: _____
<input type="checkbox"/> Autorización por Viaje		<input type="checkbox"/> Autorización por Robo o Pérdida
Destino: _____ Fecha de Salida: m /d /a Fecha de Regreso: m /d /a Documentos Requeridos: <input type="checkbox"/> Copia de los pasajes de (salida y regreso) <input type="checkbox"/> Receta con resurtidos disponibles <input type="checkbox"/> Receta nueva (de ser necesario)		En caso de Robo de medicamentos: Documentos Requeridos: <input type="checkbox"/> Querella #: _____ <input type="checkbox"/> Receta con resurtidos disponibles o Nueva En caso de Pérdida de Medicamentos: Documentos Requeridos: <input type="checkbox"/> Declaración Jurada <input type="checkbox"/> Receta con resurtidos disponibles o Nueva
Marque (si aplica): <input type="checkbox"/> Paciente bajo programa de protección / violencia doméstica <input type="checkbox"/> Mudanza fuera de PR <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Medicamentos solicitados Categoría I: Antirretrovirales		
1 _____	4 _____	
2 _____	5 _____	
3 _____	6 _____	
Medicamentos Categoría II: (No disponible para HIAP)		Medicamentos Categoría III: (No disponible para HIAP)
1 _____	1 _____	
2 _____	2 _____	
3 _____	3 _____	
4 _____	4 _____	

Clínica: _____ Manejador de Casos: _____

Teléfono del Manejador de Casos: _____ Fecha de Solicitud: m /d /a

PARA USO OFICIAL	Recibido por: _____ Fecha: _____ Despachos Autorizados: _____ Oficial ADAP: _____	Revisado 03/2021
-------------------------	--	---------------------